CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1904)

(Section de Chirurgie et Accouchements)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR J. VORON



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie
14, rue Bellecordière, 14

1904

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

TITRES

Titres universitaires et fonctions dans l'enseignement.

Docteur en médecine (1900).

Chef de table, répétiteur de médecine opératoire (1899-1900).

Moniteur de Clinique obstétricale, avec le titre de chef de Clinique adjoint (1901-1902, 1902-1903).

Chef de Clinique obstétricale (1903-1904).

Fonctions et titres Hospitaliers.

Externe des Hôpitaux de Lyon (1893).

Interne des Hôpitaux de Lyon (1895).

Lauréat des Hôpitaux (Prix Bouchet), chirurgie (1900).

Chargé par l'administration de suppléances dans les Maternités des Hôpitaux de Lyon (1902-1903-1904).

Enseignement

Démonstrations pratiques de médecine opératoire (Semestre d'été, 1899-1901).

Démonstrations pratiques de petite chirurgie (mêmes années).

Conférences et démonstrations pratiques d'obstétrique (1902-1903).

Conférences et démonstrations cliniques d'obstétrique (1903-1904).

Cours élémentaire et pratique d'accouchements, à la Clinique obstétricale, pendant les vacances des années 1902 et 1903.

Cours sur la grossesse et la pathologie de la grossesse aux élèves sage-femmes de la Maternité de Lyon (1903-1904).

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes (année 1904).

Sociétés savantes

Membre de la Société des Sciences Médicales de Lyon (1903).

LISTE DES PUBLICATIONS

1. Kyste dentigère (*Province Médicale*, 1897).
2. Chancre syphilitique végétant de la lèvre inférieure (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1897).
3. Cancer de l'estomac. Dilatation bidigitale du pylore (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1897).
4. Dentier dans l'œsophage (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
5. Ostéoclasie ancienne (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
6. Fibrome de l'utérus (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
7. Occlusion intestinale par bride péritonéale; laparotomie, éviscération partielle, guérison (*Lyon Médical*, 1898).
8. Cancer du rein; néphrectomie transpéritonéale (*Lyon Médical*, 1898).
9. Résection du tarse (*Société Nationale de Médecine*, 1898).
10. Epilepsie, trépanation (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
11. Résultats éloignés d'une exothyropexie (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
12. Kyste de l'ovaire enflammé (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
13. Appendicite perforante (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
14. Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (*Société des Sciences Médicales*, 1898).

15. Cancer du pylore, gastro-entéro-anastomose et gastrectomie (*Société des Sciences Médicales*, 1899).
16. Résection du coude (*Société des Sciences Médicales*, 1899).
17. Cure radicale d'un anus contre nature (*Société de Médecine*, 1899).
18. Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales après les opérations sur le vagin. Spontanéité de leur guérison (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1900).
19. Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1900).
20. De la traction manuelle par les lacs dans les applications du forceps (traction sur les deux lacs, traction unilatérale). Thèse inaugurale, Lyon, 1900; Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris 1901.
21. Imperforation du duodénum chez un nouveau-né (*Lyon Médical*, 1904).
22. Brièveté absolue du cordon ombilical (*Société des Sciences Médicales* et *Lyon Médical*, 1904).
23. Résultat de l'autopsie d'une éclamptique, morte au 6e mois de la grossesse (*Société Nationale de Médecine*, Lyon, 1904.)
24. 16 cas d'infection post-puerpérale et post-arbortive, traités par le nettoyage de la cavité utérine (curage digital et écouvillonnage) (*Société Nationale de Médecine*, 1904).
25. Fracture étendue du frontal après une application de forceps dans un bassin rétréci. Relèvement sanglant du fragment, guérison (En publication).
26. Pneumonie de la fin de la grossesse. Accouchement avant terme. Défervescence 4 jours après l'accouchement. Allaitement de l'enfant par la mère (En publication).
27. Un cas d'adhérence vraie du placenta, avec examen histologique (In Thèse du Dr Teyssier, Lyon, 1904).

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE

GROSSESSE PATHOLOGIQUE
DYSTOCIE
OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES
DÉLIVRANCE
SUITES DE COUCHES. — ALLAITEMENT
NOUVEAU-NÉ

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Résultat de l'autopsie d'une éclamptique morte au 6e mois de la grossesse (23).

Il s'agit d'une femme de 24 ans sur laquelle les renseignements cliniques font presque totalement défaut. Enceinte de six mois, amenée à l'hôpital par des voisines, elle prit, en arrivant, une crise d'éclampsie, puis, peu de temps après, une seconde; après celle-ci elle put déclarer qu'elle n'avait jamais eu de malaises avant ni pendant sa grossesse. Après une troisième crise, elle tomba dans le coma et n'en sortit plus jusqu'à sa mort qui survint 10 heures après l'entrée, malgré un traitement énergique (saignée, chloral à hautes doses,etc.)

Le col étant resté fermé, on ne fit pas de tentatives pour extraire l'enfant qui avait, du reste, succombé.

A l'autopsie, nous notâmes surtout l'énormité des œdèmes, la présence d'une grande quantité de liquide citrin dans les cavités péritonéales et pleurales.

Le poumon, la rate, le cerveau, le corps thyroïde ne présentaient pas de lésions nettes.

Le foie est gros (1 k. 600), d'apparence grais-

seuse, avec des veines sous-hépatiques béantes et de nombreuses petites ecchymoses sous-séreuses.

Le cœur (340 gr.) présente une hypertrophie manifeste du ventricule gauche.

Mais les organes qui sont le plus lésés sont manifestement les reins. Ils sont gros (170-180 gr.), blancs, avec congestion marquée des pyramides, et l'adhérence de la capsule avec de petites cicatrices sous-capsulaires atteste la coexistence de lésions anciennes avec les lésions récentes.

L'utérus gravide a été conservé intact pour être congelé et coupé.

Histologiquement : le foie présente une congestion intense, et de nombreux petits nodules où se remarquent des amas considérables de cellules embryonnaires, lésions qu'on trouve dans le foie infectieux.

Dans le rein, on trouve manifestement les deux lésions suivantes : 1° Epithéliales : glomirulite avec exsudat albumineux intra-alvéolaire. 2° Interstitielles : infiltration embryonnaire péritubulaire (Examen fait au laboratoire du professeur Renaut).

En somme, dans ce cas, l'hypertrophie du ventricule gauche, l'abondance des œdèmes et surtout l'intensité des lésions rénales semblent nous autoriser à conclure que le syndrome éclampsie, observé pendant la vie, était nettement d'origine rénale, et que c'est avant tout parce que le rein était malade que les poisons de l'auto-intoxication gravidique ont pu s'accumuler dans l'organisme et causer la mort. La lésion rénale a été l'intermédiaire nécessaire entre l'auto-intoxication et l'éclampsie.

DYSTOCIE

Brièveté du cordon ombilical (22).

Présentation d'un placenta dont le cordon ne mesure que 21 centimètres auxquels il faut ajouter 2 centimètres restés adhérents à l'ombilic de l'enfant, soit en tout 23 centimètres. Cette brièveté, bien que ne comptant pas parmi les plus considérables qui aient été rapportées, était cependant notable, puisque l'on admet, depuis les recherches de Tarnier et Leray, que la tige funiculaire doit avoir au moins 30 centimètres de longueur pour les présentations de l'extrémité céphalique et 38 centimètres dans les présentations pelviennes pour que l'accouchement soit possible ou,tout au moins,exempt de difficultés.

Dans l'observation rapportée, la brièveté du cordon fut la cause de nombreuses péripéties pendant l'accouchement: grande lenteur de la dilatation malgré des contractions énergiques, douleurs aiguës en un point fixe de l'utérus, arrêt de la tête à la partie moyenne de l'excavation, avec alternatives de progression et de retrait, enfin nécessité d'une application de forceps qui permit de constater, outre une résistance anormale aux efforts de traction, deux phénomènes caractéristiques à l'aide desquels fut fait le diagnostic, à savoir d'abord la réascension du for-

ceps lorsqu'on abandonnait l'instrument à lui-même, ensuite l'apparition d'un écoulement sanguin, vite devenu inquiétant, par décollement du placenta. Cette hémorragie obligea l'opérateur à terminer rapidement l'accouchement, par des tractions énergiques, combinées à de l'expression utérine et, le cordon résistant, ce fut l'arrachement du placenta qui permit d'avoir l'enfant. Extraction immédiate du délivre qui se trouvait du reste dans le vagin. Compression pubo-manuelle de l'utérus. Au bout de 10 minutes l'utérus se contracte et l'hémorragie cesse.

Les suites ont été parfaites pour la mère et l'enfant.

Le placenta était inséré au fond de l'utérus, ainsi qu'en témoigne l'orifice de rupture des membranes.

L'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait que le placenta fut arraché par les tractions sur le forceps, alors que, d'habitude, le cordon se rompt. En tout cas, cet arrachement permit l'extraction de l'enfant qu'il fallait mener rapidement à bien en raison de l'hémorragie.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

De la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps. — Traction sur les deux lacs, traction unilatérale (20).

Cette étude faite sous la direction du professeur Fochier et conformément aux idées depuis longtemps soutenues par lui, est un travail d'ensemble sur un procédé fort usité à Lyon et peu connu ailleurs : la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps.

I. — Dans un premier chapitre, historique, nous montrons par quelle série de moyens on s'est ingénié à réaliser une traction idéale, c'est-à-dire répondant à ces deux desiderata :

1° Tirer dans l'axe du bassin.

2° Laisser à la tête toute liberté d'évoluer, selon les résistances qu'elle rencontre et comme si elle obéissait à la poussée utérine.

Les tracteurs métalliques ont abouti à un tracteur-type, celui de Tarnier. A Lyon on est resté fidèle aux lacs que Chassagny, dès 1864, insérait au centre de figure, mais qu'il mettait au service de la traction mécanique, procédé reconnu universellement comme détestable.

Ce fut Laroyenne qui eut l'idée d'adapter les lacs au forceps ordinaire, en munissant les cuillers de celui-ci de petits orifices, au niveau correspondant au centre de la tête (1).

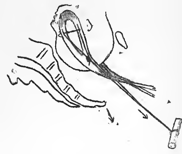


Fig. I.

Figure schématique montrant les lacs tirant sur une tête engagée normalement au détroit supérieur ; une flèche indique la direction de la traction, exercée directement en avant du périnée. Une autre montre la direction de l'axe du détroit supérieur. Pour plus de simplicité nous avons supprimé l'extrémité des manches du forceps et supposé les deux chefs de chaque lacs réunis beaucoup plus haut qu'ils ne le sont en réalité.

II. — Quels sont les avantages et les inconvénients des lacs pour la progression de la tête, considérés indépendamment des mouvements de rotation autour de différents axes ?

La traction à l'aide des lacs est un procédé défectueux, en ce sens qu'on ne tire pas directement dans

(1) Il n'est pas inutile d'ajouter que M. Demelin est devenu partisan des lacs.

l'axe du bassin, puisque les lacs sont repoussés en avant par le périnée (v. fig. 1).

C'est une infériorité par rapport au tracteur de Tarnier, mais seulement lorsqu'il s'agit de prises faites dans l'excavation.

En effet, lorsqu'il s'agit d'applications faites au détroit supérieur, il n'y a, le plus souvent, aucune coïncidence, entre l'axe des cuillers et celui du détroit, et le tracteur de Tarnier, qui tire selon les axes des cuillers, ne tire plus selon l'axe du bassin. Il est donc, à ce point de vue, aussi mauvais que les lacs.

Ceux-ci ont, par contre, les avantages suivants que ne présente pas le tracteur :

a) L'insertion de la force au centre de figure réalise les meilleures conditions mécaniques, lorsqu'on ne peut pas appliquer cette force directement dans la direction de l'axe ; elle permet de déployer un maximum de force qu'il serait impossible d'atteindre avec un autre mode d'application de la traction.

b) Les lacs laissent à la tête toute liberté d'évoluer ; elle peut obéir aux résistances qu'elle rencontre sur son chemin.

c) Les lacs permettent de mesurer, à l'aide du dynamomètre, la force avec laquelle on tire et de faire des tractions comparables entre elles ; M. Fochier insistait beaucoup sur ce point.

d) Les lacs permettent d'user des tractions oscillantes dont l'utilité est souvent manifeste.

En conséquence de ces avantages qui lui sont propres, la traction sur les lacs rendra de grands services pour les applications au détroit supérieur, dans

les bassins rétrécis, que la tête soit engagée ou simplement fixée (on peut tirer avec une force de 50 kilogrammes).

Or, ces applications au détroit supérieur sont les plus difficiles de toutes.

Il faut abandonner les lacs au moment du dégagement, ce mode de traction est dangereux pour le périnée.

Enfin les lacs peuvent produire, par leur pression directe des lésions au niveau de la vulve et du vagin ; mais ces lésions sont le plus souvent superficielles et de gravité nulle.

II.—Il peut devenir utile de déroger au principe de la traction dans l'axe lorsqu'il s'agit de modifier certaines positions vicieuses de la tête, résultat de rotation autour de différents axes. On se servira des lacs de la façon suivante :

A. Présentation du pariétal antérieur. — Que le forceps soit appliqué sur une tête en transverse, dans le sens antéro-postérieur par rapport au bassin, ou bien obliquement (prise mastoïdo-frontale, seule admise par M. Fochier), la défectuosité des lacs qui tirent trop en avant, deviendra ici un avantage, puisque, par ce fait même, le pariétal postérieur, retenu au-dessus du promontoire, tendra à descendre et à gagner l'excavation. Un coup d'œil jeté sur la figure II permettra d'apercevoir le détail de ce mécanisme qui est la reproduction exacte de celui indiqué par Litzmann.

B. — Présentation du pariétal postérieur. — Evidemment, les lacs sont ici mauvais puisqu'ils

tirent toujours trop en avant et qu'il s'agit d'engager le pariétal antérieur.

Mais on peut corriger cette défectuosité par deux procédés :

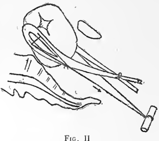


Fig. II

Figure schématique représentant une tête au détroit supérieur, présentant son pariétal antérieur. Prise mastoïdo-frontale. La traction par les lacs, exercée dans le sens de la flèche, tend à fixer les régions antérieures contre le pubis et à faire descendre le pariétal postérieur.

1° La manœuvre combinée (Fig.3). Cette manœuvre peut être aussi employée lorsqu'il n'y a pas d'inclinaison du pariétal postérieur.

Voici en quoi elle consiste :

La malade, en position obstétricale, est sur un lit élevé. Pendant qu'un aide assis sur un siège bas, met de la force sur la tête, en tirant sur les lacs, l'opérateur saisit le forceps, une main sur l'articulation, une autre à l'extrémité des manches et refoule contre le promontoire, le mobile, tête et forceps que les lacs pressaient contre les pubis. Il peut bien évidemment effectuer ce refoulement, soit directement en arrière, soit plus utilement en arrière et en bas.

2° La *traction unilatérale* sur *le lacs antérieur* (avec application oblique).

On fait une prise mastoïdo-frontale allant de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure

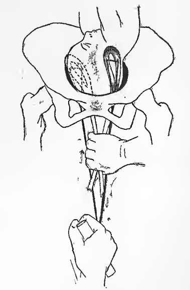


Fig. III. — Manœuvre combinée.

Figure schématique représentant une tête inclinée sur l'épaule antérieure. Une main tire sur les lacs. Une autre repousse la tête en arrière, dans le sens de la flèche et tend, par conséquent à permettre l'engagement du pariétal antérieur (en réalité, on agit également sur les manches que nous avons supprimés pour plus de commodité. Prise de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure).

(contrairement à ce qu'on fait habituellement) pour laisser la bosse frontale antérieure libre d'évoluer (Fig. 4).

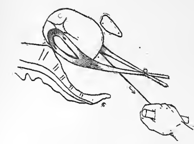


Fig. IV. — Traction unilatérale.

Figure schématique. Présentation du pariétal postérieur. Prise mastoïdo-frontale. Traction sur le lacs antérieur mastoïdien, qui tend à faire descendre les régions antérieures de la tête. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Cette prise faite, on tire en arrière sur le lacs antérieur; la cuiller antérieure tendra à descendre entraînant avec elle le pariétal et la bosse frontale antérieure qui sera libre.

C. — La tête est défléchie. Il y a lieu de faire de la flexion. — *a*) Il s'agit d'applications au détroit supérieur où il est nécessaire de réaliser la flexion pour amener l'engagement. On fait une prise mastoïdo-frontale et qu'il s'agisse d'une présentation du pariétal antérieur ou postérieur, on exerce des tractions unilatérales sur le lacs mastoïdien, qu'il soit, du reste, antérieur (prise irrégulière, présentation du pariétal postérieur) ou postérieur

(prise régulière, présentation du pariétal antérieur).

b) On a affaire à des occipito-postérieures défléchies dans l'excavation.

Il faut d'abord fléchir la tête avant de la faire tourner. Pour cela, M. Fochier conseillait de faire une application oblique, puis d'exercer des tractions sur le lacs mastoïdien, ce qui tend à faire descendre l'occiput, par conséquent à réaliser la flexion demandée (Fig. V.).

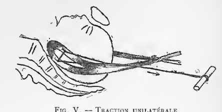


Fig. V. — Traction unilatérale

Figure schématique. Tête dans l'excavation en occipito-postérieure peu fléchie, prise mastoïdo-frontale. La traction sur le lacs postérieur mastoïdien tend à fléchir la tête et, en même temps, à la faire tourner en avant. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Par contre la traction sur les deux lacs dans les occipito-postérieures défléchies est défectueuse, parce qu'elle tend à augmenter la déflexion.

D. — La tête a son occiput tourné en arrière. Il faut le ramener en avant.

Ici la traction sur les lacs est utile parce que, laissant à la tête toute sa liberté d'évoluer, elle réalise les meilleures conditions pour que la rotation se fasse dans le bon sens.

On peut aussi, lorsqu'on veut favoriser plus explicitementla rotation, faire à l'aide des lacs, de la *traction bilatérale divergente*, avec prise mastoïdo-frontale, méthode suffisamment définie par son nom même.

L'étude de cette méthode a été récemment reprise et mise au point par M. Commandeur (*Soc. Obstét. de France*, 1902).

Suivent 104 observations d'applications de forceps avec traction sur les lacs, dont 94 au détroit supérieur· Ces observations représentent la presque totalité des applications au détroit supérieur, faites à la Clinique obstétricale de Lyon pendant 10 ans.

74 fois on eut des enfants vivants, 14 fois il y eut mort de l'enfant; 6 fois, après de vains efforts pour extraire l'enfant, on dut recourir à la basiotripsie.

Dans un assez grand nombre de cas, l'enfant a survécu à des lésions osseuses caractérisées.

En somme, 15, 9 °/o d'insuccès et 84, 01 °/o de succès.

DÉLIVRANCE

Un cas d'adhérence vraie du placenta (27).

Il s'agit d'un cas observé par nous, alors que nous remplacions M. le professeur agrégé Fabre, dans son service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

La malade avait eu de petites hémorragies pendant la grossesse.

Après l'accouchement, une hémorragie très abondante nécessite la délivrance artificielle immédiate.

Celle-ci présente des difficultés tout-à-fait insolites. Nous sommes obligé de décoller placenta et membranes morceaux par morceaux, fragments par fragments, en grattant avec l'ongle et en pétrissant pour ainsi dire les lambeaux, tellement l'adhérence au tissu utérin est forte. Hémorragie très abondante; inertie utérine totale. Néanmoins, après avoir éprouvé de grandes inquiétudes, nous sentons l'utérus se contracter au bout de quelques minutes et la malade guérit bien.

Le placenta est absolument déchiqueté, mince, étalé, blanchâtre. Les membranes sont très épaisses.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Fabre, donne les résultats suivants :

Grosses lésions de la caduque utéro-placentaire

dont l'épaisseur est décuplée ; cellules déciduales très altérées dans la forme et l'aspect de leurs éléments constituants. Un grand nombre d'éléments déciduaux ne sont plus reconnaissables qu'à des débris de noyaux. Substance intercellulaire considérable et provenant probablement des restes du protoplasma.

En somme, lésions intenses expliquant l'adhérence anormale.

SUITES DE COUCHES
ALLAITEMENT

Relations de 16 observations d'infection puerpérale ou post-abortive traitée par le nettoyage systématique de l'utérus (24).

Sur ces 16 observations, 6 se rapportent à des suites de couches, 10 à des suites d'avortement et l'ensemble représente les cas d'infection traités au service d'accouchement de la Maternité de la Charité de Lyon (Service de M. Commandeur), du 1er mars au 15 avril 1904.

Le nettoyage de l'utérus (curage digital et écouvillonnage selon la méthode du professeur Budin), a été toujours pratiqué par nous, le plus souvent d'emblée et dès qu'étaient constatés nettement les signes d'infection (température, fétidité des lochies, etc.), quelquefois d'une façon plus tardive et après l'échec d'autres méthodes de traitement.

12 fois le résultat fut excellent, immédiatement le plus souvent, plus rarement après deux ou trois jours.

4 fois il fut négatif et ce dans les circonstances suivantes :

Chez la première malade, le nettoyage fut fait *in extremis*; la malade, amenée du dehors, ayant de la

péritonite généralisée; on retira de nombreux débris.

Chez la seconde, accouchée en ville depuis 20 jours, on retira également de nombreux fragments placentaires. Elle sortit dans un état grave.

Chez la troisième, le nettoyage fut pratiqué 12 jours après l'accouchement et le début de l'infection.

Il n'amena aucune amélioration. La malade guérit, mais longtemps après.

Enfin, chez la quatrième, l'écouvillonnage fut pratiqué de façon précoce, mais cette malade avait été amenée du dehors l'œuf ouvert et infecté (39° avant l'accouchement). Elle est actuellement au 38e jour des suites de couches avec une forme intermittente pyohémique très grave.

Cette série de faits confirme pleinement l'opinion, aujourd'hui généralement admise, que le nettoyage de l'utérus est le traitement de choix de l'infection puerpérale, toutes les fois qu'il est fait à temps, c'est-à-dire lorsque l'infection est encore localisée dans l'endomètre. Il n'agit plus lorsque l'affection est dans le sang, ou qu'il existe des complications de voisinage (péritonite).

Il faut donc intervenir d'une façon précoce et nettoyer systématiquemeut l'utérus des femmes infectées, surtout lorsqu'on ignore de quelle façon s'est passée la délivrance.

Pneumonie de la fin de la grossesse. — Accouchement avant terme. — Défervescence 4 jours après l'accouchement. — Allaitement de l'enfant par sa mère (26).

Observation d'une multipare (IV) ayant accouché chez elle au 7e jour d'une pneumonie droite franche, à peu près dix jours avant son terme.

Elle entre à l'hôpital, le lendemain de son accouchement, avec une température supérieure à 40°, et des signes d'une extrême netteté dans toute la partie inférieure du poumon droite (souffle, matité, râles).

Défervescence brusque, trois jours après son entrée.

L'enfant, qui pesait 2850 grammes à la naissance, et avait été confié à une nourrice, est redonné à sa mère, sept jours après l'accouchement, et allaité régulièrement par elle.

La sécrétion lactée, d'abord peu abondante, ne tarda pas à se rétablir de façon normale, sans aucun inconvénient pour la santé de la mère.

Après cinq jours, celle-ci suffit aux besoins de son nourrisson, qui prend régulièrement 50 grammes par jour.

Le 17e jour après l'entrée, tous deux quittent le service en parfait état, l'enfant pesant 3150 grammes.

Cette observation montre, conformément aux idées soutenues par M. le professeur Budin, d'abord, que l'allaitement, dans le décours des maladies aiguës, est parfaitement possible et sans danger pour la mère et l'enfant, ensuite, que, sous l'influence d'une demande régulière, la sécrétion lactée peut s'établir ou se rétablir, même après avoir été suspendue pendant un temps assez long.

NOUVEAU-NÉ

Sur un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né (21).

Observation d'un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né, avec volumineuse hydramnios de l'œuf, suivie de considérations sur la forme anatomique, le diagnostic et le traitement de cette malformation.

Le plus souvent, lorsqu'on a trouvé une séparation complète entre deux portions du duodénum, la continuité apparente de l'intestin n'était pas supprimée. Bien plus rarement (cas d'Hobson, Brindeau) les deux bouts sont séparés sans que les réunisse une portion atrésiée du tractus intestinal. Il en était ainsi dans l'observation publiée, avec en plus, une particularité remarquable non encore notée. Les deux bouts du duodénum formaient bien deux cœcums imperforés, nullement continus l'un avec l'autre, mais l'un et l'autre se fusionnaient avec le tissu pancréatique et ne pouvaient en être séparés que par une dissection minutieuse, les canaux cholédoque et pancréatique s'abouchant dans le bout inférieur.

La pathogénie est très difficile à élucider.

Les symptômes observés dans des cas de ce genre sont les suivants : vomissements survenant aussitôt

après la tétée, résistant à tous les moyens mis en œuvre, absence complète de bile dans les matières vomies, urines et selles peu abondantes, dénutrition rapide, enfin mort dans le refroidissement. Ils permettent de dire qu'on a affaire à une sténose pylorique ou juxta-pylorique, sans qu'on puisse préciser davantage le siège du rétrécissement. La plus ou moins grande intensité des symptômes permet de fixer le degré de l'obstacle.

Enfin il faut surtout retenir que l'apparition, aussitôt après la naissance, de vomissements tenaces et comprenant la totalité ou la presque totalité des aliments ingérés est caractéristique d'une sténose pylorique ou duodénale sous-vatérienne, complète ou incomplète, par vice de développement et distingue, sans confusion possible, cette forme des deux autres qu'on a décrites chez le nourrisson, c'est à savoir les sténoses par hypertrophie pylorique, et le pylorospasme essentiel de la première enfance.

Puisque les imperforations du pylore et du duodénum entraînent ordinairement la mort, il ne saurait être question de leur opposer un autre traitement que celui qui tend à rétablir la continuité du tube gastro-intestinal et permettra au nourrisson de s'alimenter, et c'est dire que le traitement doit être chirurgical ou ne pas être.

Si la thérapeutique doit rester médicale dans tous les cas où l'on suppose n'avoir affaire qu'à un spasme pylorique (gavage, changement de nourrice, usage du lait de vache, lavage de l'estomac), si ces moyens médicaux doivent encore être mis en œuvre, au début du traitement des cas d'hypertrophie musculaire, une intervention et, dans l'espèce, une gastro-antéro-

anastomose, peut seule sauver l'existence d'un nouveau-né chez qui l'analyse clinique a permis de diagnostiquer un rétrécissement par vice de développement et, à plus forte raison, une imperforation du pylore ou des régions supérieures du duodénum.

L'intervention doit être précoce, ce qui n'est pas, malheureusement, toujours facile, en raison de l'incertitude du diagnostic dans les premiers jours et elle doit être exécutée par les procédés les plus rapides.

On connaît actuellement quatre cas de guérison après gastro-entéro-anastomose pratiquée chez le nouveau-né (2 cas de Kehr, Abello, Löbker).

Il est donc prouvé qu'un nouveau-né peut survivre à une gastro-entéro-anastomose.

Fracture étendue du frontal chez un nouveau-né après une application du forceps dans un bassin rétréci. — Relèvement sanglant du fragment. — Guérison. (25)

Bassin rachitique aplati et généralement rétréci de 9 centimètres du promontoire sous-pubien (pr. p. minimum = un peu moins de 8). On fait facilement le tour du détroit supérieur.

La malade a eu, 5 ans auparavant, un premier accouchement, lequel s'est terminé par un forceps laborieux. L'enfant, né avec une fracture du frontal en godet, est mort, au bout de quelques jours, d'athrepsie, sans avoir présenté de paralysie.

Enceinte pour la seconde fois, la malade revient seulement dix jours avant son terme, avec un enfant paraissant gros. Elle refuse l'opération césarienne et,

bien qu'il ne paraisse devoir s'écouler que peu de temps avant l'accouchement, on décide de provoquer immédiatement le travail.

Introduction de sondes, selon le procédé de Krause. Travail lent. Lorsque la dilatation est complète, rupture artificielle des membranes. La tête se présente nettement en position oblique très fléchie, mais ne peut franchir le détroit supérieur, malgré des contractions énergiques.

Après 2 heures d'attente, application du forceps, muni des lacs de Laroyenne sur la tête en OIDA, très fléchie au-dessus du détroit supérieur.

Tractions intermittentes et énergiques, mais sans brutalité sur les lacs, en bas et en arrière.

Pendant une de ces tractions, on entend un craquement, la tête s'engage immédiatement.

L'extraction terminée, je constate que le frontal droit du nouveau-né porte une profonde dépression, véritable effondrement de l'os, de la dimension d'une pièce de 5 francs qui serait un peu allongée dans le sens vertical.

La partie inférieure du trait de fracture est parallèle au bord supérieur de l'orbite sur une étendue de 3 cent. 1/2. Le trait est, à ce niveau, tout-à-fait abrupt, et comme crénelé, avec une série d'élevures et d'encoches. La profondeur de la dépression est, dans cette région, de plus d'un centimètre.

L'enfant qui pèse 3095 grammes, respire, mais, 10 minutes après sa naissance, il se met à pousser des cris de souffrance, en même temps qu'apparaît de la contracture au niveau des membres supérieur et inférieur gauches.

Je décide immédiatement le relèvement chirur-

gical du fragment, relèvement que je pratique de la façon suivante : incision cutanée d'un centimètre, au niveau d'une des dépressions de la partie inférieure du trait de fracture. Incision de la dure-mère qui donne issue à un peu de sang noir. Par l'incision, introduction d'une sonde cannelée que je glisse sous la dure-mère jusqu'à la partie tout-à-fait supérieure du fragment et, enfin, relèvement facilement obtenu en appuyant sur la partie extra-cranienne de l'instrument qui fait levier, et ne peut se mobiliser parce que maintenu par l'encoche osseuse où je l'ai insinué.

Suites opératoires parfaites. Disparition rapide de la contracture des membres à gauche. Chute de poids de 400 grammes dans les quatre premiers jours, mais réascension rapide ensuite.

Le 24e jour, l'enfant quitte l'hôpital pesant le même poids qu'à sa naissance. La réduction du fragment est restée parfaite ; la région frontale serait normale, si l'on ne sentait pointer sous la peau, vers la partie inférieure du trait de fracture, une aiguille osseuse seul vestige de celui-ci.

Cette observation constitue un cas de plus à l'actif de l'intervention immédiate dans les fractures du crâne de cause obstétricale. La légitimité de cette intervention a été formellement admise par M. le professeur Budin (*in* thèse de Prudhomme). Elle n'est pas discutable lorsque, comme dans mon observation, il existe un enfoncement notable des fragments, ainsi que des signes de compression cérébrale ; et même, lorsque ceux-ci manquent immédiatement, un fait rapporté par M. Commandeur (*in* thèse de Servel) montre qu'ils peuvent survenir

beaucoup plus tardivement et si l'on n'a pas opéré, entraîner la mort de l'enfant.

Le procédé de choix paraît être l'introduction, sous la dure-mère, d'un instrument métallique, au niveau de la partie inférieure du trait de fracture. La réduction par relèvement une fois obtenue, se maintient bien·

L'enfant peut survivre, même alors que l'enfoncement osseux est notable, et que des signes de compression cérébrale ont apparu immédiatement.

Enfin, si des faits analogues à celui que je cite étaient la règle, ils amélioreraient sensiblement le pronostic, pour l'enfant, des applications de forceps dans certaines formes de bassin rétréci, celles où l'engagement se faisant en oblique, une des bosses frontales, vient en contact direct avec le promontoire et se laisse enfoncer par celui-ci, lorsque la tête est entrainée par l'instrument.

GYNÉCOLOGIE

CHIRURGIE

MÉDECINE

GYNÉCOLOGIE

Fibrome de l'utérus (6).

Présentation d'un fibrome inclus dans le ligament large enlevé,après laparotomie,par M. le professeur Jaboulay. Ce fibrome aurait pu être enlevé par la voie vaginale et, en utilisant la section longitudinale de l'utérus, on aurait pu conserver une moitié de l'organe et rendre l'hémorrhagie moins redoutable.

Kyste de l'ovaire enflammé ; fibrome sous-péritonéal de l'utérus (12).

Présentation de deux pièces provenant du service de M. le professeur Jaboulay :

1. Un kyste de l'ovaire enflammé. Le kyste et le péritoine présentaient l'aspect caractéristique de l'inflammation.
2. Un fibrome sous-péritonéal de l'utérus, attiré au dehors et sectionné assez loin de son pédicule, de telle sorte que la large collerette ainsi formée tient lieu de broche et empêche le pédicule de rentrer.

Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales après les opérations sur le vagin. Spontanéité de leur guérison (21).

Dans ce mémoire nous ne cherchons pas à faire une étude complète des fistules intestino-vaginales. Nous voulons seulement montrer comment se produisent et se comportent celles qui succèdent aux opérations pratiquées sur le vagin pour le traitement des affections utérines ou annexielles.

Travail basé sur 39 observations recueillies à la Clinique gynécologique de Lyon (service du Prof. Laroyenne).

I. Classification et pathogénie

Ces fistules peuvent s'observer après des interventions très diverses.

Elles siègent rarement sur l'intestin grêle. plus rarement sur l'S iliaque, presque toujours sur le rectum.

On peut les diviser en :

a) *Pré-opératoires*, dues à la lésion préexistant à l'opération.

b) *Opératoires*, dues au traumatisme chirurgical, directement ou indirectement.

c) *Post-opératoires*, dues le plus souvent à la compression par les pinces laissées à demeure, plus rarement à l'étranglement de l'intestin au travers de l'orifice d'incision (fistules entéro-vaginales pour causes indirectes de Normet).

II. Symptomes

Le signe capital est l'écoulement des matières par le vagin, le plus souvent sans accompagnement de phénomènes généraux.

Quelquefois du pus s'écoule avec les selles.

Il importe de fixer le siège et le degré de perméabilité des fistules. On y arrive en observant la qualité et la quantité des matières qui s'écoulent par le vagin.

Le toucher rectal fournit de bonnes indications, ainsi que l'injection de lait dans le rectum.

III. Evolution. Pronostic

Presque toujours l'évolution est simple et le pronostic favorable (moins cependant pour les fistules de l'intestin grêle).

La guérison spontanée est la règle dans un délai qui varie de huit jours à deux mois.

Lorsque la fistule est persistante (2 fois sur 39 observations), elle est justiciable d'un traitement chirurgical.

IV. Intervention en cas de guérison non spontanée

Si la fistule est petite, il suffit de la cautériser avec du chlorure de zinc.

Si la fistule est plus considérable et incontinente pour les solides et les liquides, il faut intervenir chirurgicalement,

soit par le vagin, soit plutôt par le ventre (procédé de Doyen, procédé de Condamin).

Celle de nos malades qui fut opérée par ce dernier procédé guérit en dix jours.

Un point de technique important est de se servir, comme d'indicateur pour découvrir la fistule, d'un doigt glissé dans le cul-de-sac postérieur.

V. Déductions thérapeutiques générales

L'extrême bénignité des fistules intestino-vaginales mise en regard de l'égale fréquence et de la bien plus grande gravité des fistules stercorales consécutives à la laparotomie, constitue un argument sérieux en faveur de la méthode vaginale dans le traitement des affections utérines ou annexielles.

CHIRURGIE

Kyste dentigère (1).

Observation d'un kyste du maxillaire inférieur contenant une dent, malgré l'intégrité apparente du système dentaire à son niveau, intégrité qui avait fait songer à un kyste odontopathique simple.

Cancer de l'estomac. — Dilatation bidigitale du pylore (3).

Présentation d'une malade très cachectique, atteinte d'un cancer de l'estomac, chez qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué la dilatation bidigitale du pylore. Depuis, l'intervention l'alimentation se fait dans de bonnes conditions.

Dentier dans l'œsophage. — Œsophagotomie (4).

Femme à laquelle M. le professeur Jaboulay a pratiqué une œsophagotomie externe pour extraire un dentier implanté à 10 centimètres de l'orifice supérieur de la symphyse.

La malade va bien. La déglutition est parfaite, la fistule s'est fermée au bout de huit jours.

Ostéoclasie ancienne (5).

Présentation d'un homme à qui M. le Professeur Jaboulay a fait huit ans auparavant, une ostéoclasie du fémur droit, pour ankylose avec flexion complète du genou droit. Redressement en trois séances pour ménager les parties molles du creux poplité.

Le résultat orthopédique est actuellement très bon, et la marche facile.

Occlusion intestinale par bride péritonéale. — Laparotomie. — Eviscération partielle. — Guérison (7).

Dans ce mémoire est relatée l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale, et laparotomisée immédiatement par M. le Professeur Jaboulay. Toutes les anses distendues furent éviscérées en masse; l'une d'elles était serrée dans le petit bassin par une bride fibreuse. Rupture de la bride; l'intestin porte à son niveau un sillon profond.

Réintégration de l'intestin et guérison parfaite.

Cette observation est à mettre à l'actif de l'éviscération considérée comme traitement de choix de l'occlusion intestinale aiguë. Cette méthode permet de voir l'obstacle immédiatement et de le lever. Il importe seulement d'agir vite pour éviter le shok.

Cancer du rein. — Nephrectomie transpéritonéale médiane. — Guérison opératoire (8).

Mémoire où est rapportée l'histoire d'un malade opéré par M. Jaboulay, dans les conditions suivantes : volumineuse tumeur abdominale, sans signes anormaux. *Laparotomie médiane* et ablation par cette voie de la tumeur (cancer atypique du rein) après ligature des divers pédicules, contrairement à ce qui se pratique habituellement. On choisit, en effet, presque toujours la voie latérale transpéritonéale, ou postérieure extra-péritonéale.

Résection de tarse et du plateau tibial (9).

Ecrasement du pied par un engrenage; grand traumatisme paraissant nécessiter l'intervention; cependant M. Jaboulay

tente la conservation et résèque le tarse et le plateau tibial.

Le malade présenté commence déjà à faire quelques pas. Dans quelques mois la restauration de la fonction sera complète.

L'intervention a, en même temps, permis la guérison des grandes ulcérations coexistantes qui, à elles seules, eussent légitimé la résection. Dans le même ordre d'idées, M. Jaboulay a imaginé une amputation ostéoplastique de l'arrière-pied dans les vastes ulcérations néoplasiques du talon.

Ce cas démontre qu'en chirurgie il faut faire de la conservation à outrance.

Epilepsie, trépanations successives (10).

Présentation d'un épileptique de 21 ans, à crises fréquentes, à qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué successivement :

1° Une trépanation au niveau du centre du membre supérieur droit sans incision de la dure-mère.

2° L'incision de la dure-mère, au point trépané.

3° Une deuxième trépanation sur le lobe occipital gauche.

4° Une troisième trépanation sur le lobe temporo-pariétal droit, selon un procédé décrit sour le nom de trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire (V. *Archives Provinciales de Chirurgie,* 1893).

Résultat opératoire excellent, mais thérapeutique imparfait ; simple diminution de l'intensité des crises.

Résultats éloignés d'une exothyropexie (11.)

Présentation d'une goitreuse qui présentait, en outre quelques signes de maladie de Basedow et à qui M. le professeur Jaboulay pratiqua l'exothyropexie.

Amélioration très sensible et qu'on peut considérer comme définitive (l'intervention a été faite il y a trois ans et demi).

Appendicite perforante aiguë. — Résection de l'appendice — Guérison (13).

Présentation d'un appendice perforé et gorgé de pus. Pas de corps étrangers.

Le malade fut opéré dans un état très grave et guérit néanmoins.

Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (14).

Présentation d'un malade porteur, il y a deux mois, d'un épithélioma de la face datant de 6 ans, sur lequel M. le professeur Jaboulay a fait pratiquer des badigeonnages avec une solution d'acide arsénieux.

Traitement régulier pendant quatre semaines. Cicatrisation complète de l'ulcération.

Cancer du pylore. — Gastro-entéro-anastomose et gastrectomie (15).

Présentation d'un pylore cancéreux enlevé par M. le professeur agrégé Vallas. Celui-ci avait, dans une première intervention pratiqué la gastro-entéro-anastomose avec succès ; le malade sort très amélioré, mais revient huit mois après, de nouveau très cachectique. M. Vallas enlève la tumeur pylorique qui présente des adhérences nombreuses.

Mort du malade, le lendemain, avec les phénomènes de shok.

L'autopsie permet de constater l'intégrité et le bon fonctionnement de l'ancienne anastomose.

Ostéoarthrite tuberculeuse du coude, résection, rétablissement des mouvements (16).

Malade opéré, il y a 4 ans, par M. le professeur agrégé Vallas.

Les résultats sont excellents. Le malade a conservé la presque totalité des mouvements de l'articulation, l'extension exceptée. Il persiste, de plus, quelques mouvements de latéralité.

L'articulation se serrera probablement par la suite et gagnera en force ce qu'elle perdra en étendue de mouvements.

Cure radicale d'un anus contre nature (17).

Malade opéré par M. le professeur agrégé Vallas. Résultat excellent.

Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (19).

Mémoiré consacré à l'étude des processus douloureux et inflammatoires de la région cœcale, qui peuvent simuler les appendicites et cependant n'en sont pas.

Dans quelques cas, il s'agit de *para appendicites*, lésions des organes voisins (œdénites precœcales, péritonites localisées, salpingites, kystes ovariques pédiculés), revêtant l'apparence clinique de l'inflammation appendiculaire.

D'autre fois on a affaire à des *pseudo-appendicites* ; l'appendice est sain, microscopiquement et macroscopiquement et les symptômes constatés, qui simulent l'appendicite vraie, doivent être rattachés à une maladie capable d'expliquer avec tous les autres symptômes, les phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, lesquels deviennent ainsi de véritables névralgies symptomatiques du cœcum et de l'appendice.

Cette maladie peut être l'hystérie (Rendu, Brissaud, Nothnagel), la neurasthénie (Vincent) et enfin la syphilis.

Nous rapportons un cas remarquable de cette dernière variété. Une malade entre à l'hôpital en pleine syphilis secondaire et présentant en outre des signes appendiculaires d'une intensité telle qu'elle fut immédiatement laparotomisée. L'appendice, absolument sain fut laissé en place, un traitement spécifique énergique amena la guérison rapide et complète.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une de ces algies viscérales avec fièvre si fréquentes au cours de la syphilis secondaire (Fournier).

Le diagnostic des pseudo-appendicites sera surtout basé sur l'absence de signes objectifs locaux et l'intégrité relative de l'état général.

Le traitement sera, avant tout, causal (hystérie, syphilis), et permettra d'éviter la laparotomie.

MÉDECINE

Chancre syphilitique végétant de la lèvre inférieure

Présentation de la malade guérie par le traitement spécifique.

Une photographie montre l'aspect de la lésion au moment de l'entrée : masse bourgeonnante occupant presque toute l'étendue de la lèvre inférieure et laissant suinter un liquide ichoreux non fétide. Pas de commémoratifs ni d'autres accidents.

Guérison complète du chancre ; il reste seulement un peu d'induration. Actuellement il y a des signes de la période secondaire.

Imp. P. LEGENDRE & Cie, Lyon.